

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР  
КОЛОПРОКТОЛОГИИ ИМЕНИ А.Н. РЫЖИХ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**СТЕНОГРАММА**

заседания диссертационного совета **21.1.030.01** № 1  
при ФГБУ «НМИЦ колопроктологии имени А.Н. Рыжих»  
Минздрава России по защите диссертации

**Куликова Артура Эдуардовича**

**«Осложнения тазовых тонкокишечных резервуаров у больных язвенным колитом»,**

представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

по специальности 3.1.9 «Хирургия»

от 2 марта 2023 г.

Председатель диссертационного совета 21.1.030.01  
академик РАН, доктор медицинских наук, профессор

Ю.А. Шельгин

Ученый секретарь диссертационного совета,  
кандидат медицинских наук

Е.С. Суровегин

Москва – 2023 г.

Присутствовали следующие члены Диссертационного Совета:

1.	Шельгин Ю.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
2.	Фролов С.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
3.	Суروهегин Е.С.	кандидат медицинских наук	3.1.9
4.	Ачкасов С.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
5.	Веселов В.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
6.	Вышегородцев Д.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
7.	Головенко О.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
8.	Горский В.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
9.	Кашников В.Н.	доктор медицинских наук	3.1.9
10.	Костарев И.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
11.	Кузьминов А.М.	доктор медицинских наук	3.1.9
12.	Пономаренко А.А.	доктор медицинских наук	3.1.9
13.	Родоман Г.В.	доктор медицинских наук	3.1.9
14.	Рыбаков Е.Г.	доктор медицинских наук	3.1.9
15.	Сушков О.И.	доктор медицинских наук	3.1.9
16.	Титов А.Ю.	доктор медицинских наук	3.1.9
17.	Чернышов С.В.	доктор медицинских наук	3.1.9

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
Глубокоуважаемые коллеги, добрый день! Я хочу вам сообщить, что из 19 членов диссертационного совета 21.1.030.01 у нас присутствует 17, соответственно, кворум имеется. Тогда давайте приступим к работе.

Сегодня на повестке дня у нас защита диссертации Куликова Артура Эдуардовича на соискание ученой степени кандидата медицинских наук на тему «Осложнения тазовых тонкокишечных резервуаров у больных язвенным колитом» по специальности 3.1.9 – «Хирургия».

Научным руководителем является член - корреспондент РАН, доктор медицинских наук, профессор Сергей Иванович Ачкасов.

И я попрошу ученого секретаря доложить биографические данные соискателя.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суворегин:

Добрый день, уважаемые коллеги! Соискатель Куликов Артур Эдуардович, родился 9 июня 1989 года в г. Брянск. В 2006 году окончил среднюю образовательную школу № 54 г. Брянска с «золотой» медалью. В 2012 году окончил «Смоленскую государственную медицинскую академию» Министерства здравоохранения и социального развития России по специальности «Лечебное дело». С 2012 по 2013 год прошел интернатуру по специальности «Хирургия» в Российской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе «НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского». С сентября 2013 по август 2014 года работал врачом - торакальным хирургом в Брянской областной больнице №1. С 2014 по 2016 год прошел клиническую ординатуру по специальности «Колопроктология» в Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации на базе «Государственного научного центра колопроктологии им. А.Н. Рыжих» Минздрава России. С 2016 по 2019 год проходил обучение в аспирантуре по специальности «Хирургия» на базе отделения онкологии и хирургии ободочной кишки в «Национальном медицинском исследовательском центре колопроктологии имени А.Н. Рыжих» Минздрава России. В 2018 году прошел профессиональную переподготовку по специальности «онкология» на базе Российского университета дружбы народов. С октября 2019 по январь 2021 года работал врачом-колопроктологом в колопроктологическом отделении №6 Городской клинической больницы № 24 Департамента здравоохранения города Москвы. С января 2021 года по настоящее время является врачом-колопроктологом отделения онкоколопроктологии Клинического онкологического госпиталя Лапино.

За время прохождения аспирантуры соискатель подготовил кандидатскую диссертацию на тему «Осложнения тазовых тонкокишечных резервуаров у больных язвенным колитом». Соискатель подготовил пакет документов, и все представленные документы соответствуют требованиям ВАК, предъявляемым к кандидатским диссертациям.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Есть ли какие-то вопросы по поступившим документам? (Нет). Если нет, я еще хотел бы дополнить, что у нас в качестве официальных оппонентов учёным советом назначены Гуляев Андрей Андреевич, и я позволю себе не говорить должности, потому что мы давно сотрудничаем, и Костенко Николай Владимирович. И у нас оппоненты находятся здесь, а ведущей организацией было Государственное бюджетное учреждение Московский клинический научно-практический центр имени Логинава Департамента здравоохранения города Москвы. Пожалуйста, Артур Эдуардович, я хотел бы попросить в течение 20 минут изложить основные результаты проведенного вами диссертационного исследования.

Куликов А.Э. в течение 16 минут изложил основные положения диссертационной работы, иллюстрируя доклад слайдами.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

какие есть вопросы у членов ученого совета и присутствующих к Артуру Эдуардовичу, пожалуйста? Ну, я тогда стартую, чтобы вы имели возможность поразмышлять. Ну, во-первых, Артур Эдуардович, могли бы вы нам сказать основные причины, почему не закрывались стомы в течение 12 месяцев? Это возникшие осложнения? Потому что у вас получается потом как бы замкнутый некий круг. Так что же первопричина? Почему же 12 месяцев не закрывали? Это нежелание больного? Это занятость хирургов? Это еще какие-то причины? Или возникшие осложнения, которые, собственно, препятствовали закрытию и ликвидации стомы?

Ответ: Уважаемый Юрий Анатольевич, в вашем вопросе уже фактически прозвучал ответ, - при оценке рисков наступления неэффективности резервуара мы оценивали только медицинские показания, по которым мы не могли закрыть. Была группа больных, которые по своему решению добровольно отказались от закрытия илеостомы, при этом у них не было осложнений, и эту группу больных мы исключили из анализа. В данной ситуации оценивались только те пациенты, у которых развились хирургические осложнения, которые не дали возможности закрыть илеостому в период до 12 месяцев.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

понятно, пожалуйста, у кого ещё есть вопросы?

Алешин Д.В., к.м.н.: Артур Эдуардович, а вот в отношении последнего показателя уровня альбумина при неэффективности резервуара, это имеется в виду в какой момент относительно формирования резервуара?

Ответ: оценка всех лабораторных и инструментальных показателей проводилась непосредственно накануне формирования тонкокишечного резервуара.

Алешин Д.В., к.м.н.: То есть до операции, по сути?

Ответ: да.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Пожалуйста, у кого еще вопросы?

Костарев И.В., д.м.н.: все операции выполнялась одной бригадой хирургов? Или все-таки это выполняли разные хирурги? Оценивается этот фактор? Влиял ли он на осложнения?

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Я прошу уточнить вопрос, вы имеете в виду именно опыт в выполнении оперативных вмешательств? Так называемая кривая обучения оценивалась или нет?

Костарев И.В., д.м.н.: да, Юрий Анатольевич.

Ответ: Уважаемый Иван Васильевич, данное оперативное вмешательство начали выполнять в НМИЦ колопроктологии ещё с 2011 года, и те бригады хирургов, которые стояли у истоков этой операции, постепенно передали полномочия новому поколению хирургов. И, соответственно, в настоящее время внутри отделения было несколько бригад для формирования тонкокишечного резервуара, и все они в равной степени имели опыт выполнения данной операции. Факт влияния опыта хирурга на частоту развития осложнения не анализировался, потому что, ещё раз повторюсь, все хирурги в равной степени обладали высокой квалификацией в плане выполнения данного хирургического вмешательства.

Костарев И.В., д.м.н.: Спасибо! И еще вопрос, у вас показано, как фактор риска развития структуры, наличие явных дефектов в оставшейся части прямой кишки. А каким образом выбиралось, кому оставлять часть кишки, а кому формировать резервуаро-анальный анастомоз.

Ответ: на сегодняшний день существует более-менее чёткое понимание в плане подхода к тому, кому можно оставить прямую кишку, а кому нельзя. И в настоящее время наличие выраженных воспалительных процессов в дистальной части прямой кишки (либо же это патологическая васкуляризация, либо наличие язвенных дефектов по УЗИ, либо наличие выраженной активности воспаления по данным эндоскопии) является противопоказанием для формирования резервуаро-ректального анастомоза. Но опять же повторюсь, что анализ исследований был ретроспективного характера. Анализ проводился и для пациентов,

которым было выполнено формирование резервуара от 2011 года и к тому моменту, наверное, ещё не были сформированы чёткие критерии какой группе больных можно формировать резервуаро-анальный, а какой можно формировать резервуаро-ректальный анастомоз. Поэтому иногда попадались пациенты, у которых на фоне воспалительных изменений в прямой кишке был сформирован резервуаро-ректальный анастомоз.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Я всё-таки прошу уточнить, это данные уже между этапами, я имею ввиду о наличии каких-то язвенных дефектов по данным ультразвукового исследования в остатках прямой кишки, или это так же, как с альбумином, - наличие этих язвенных дефектов в нижнеампулярном отделе прямой кишки до оперативного вмешательства? Потому что это очень важный момент.

Ответ: и эндоскопическое исследование и ультразвуковое исследование выполнялось непосредственно накануне формирования тонкокишечного резервуара.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

и таким образом получается, что это всё предоперационные данные. Это очень важный аспект.

Костарев И.В., д.м.н.: Хотелось бы тогда уточнить, какую же сейчас тактику рекомендуете? В каких случаях формировать такой, а в каких случаях такой вариант анастомоза?

Ответ: на самом деле мы не проводили какой-то статистической параллели и, скажем так, не создавали формулу идеального пациента, кому в данной ситуации можно сформировать, а кому нет. Я думаю, это как раз хлеб для будущих исследований. Но в плане воспалительных изменений, - выраженное воспаление в дистальной части прямой кишки, количество язвенных дефектов и патологическая васкуляризация, даже согласно клиническим рекомендациям, являются противопоказанием для формирования резервуаро-ректального анастомоза, и в данной ситуации в настоящее время рекомендуется формирование именно резервуаро-анального анастомоза.

Костарев И.В., д.м.н.: Если можно еще один вопрос. Какова судьба пациентов, у которых развилась недостаточно анального сфинктера, недержание? Вот 2 вы сказали был удалён резервуар, а один остался с илеостомой. А вот оставшиеся 5 человек, что с ними, какая судьба этих пациентов?

Ответ: у этих пациентов была закрыта илеостома. И в некоторой степени они продолжают жить с несколько сниженным качеством жизни из-за проявления недостаточности не только инструментальной но и клинической. Но, тем не менее они не собираются отказываться от резервуара и не хотят повторно формировать илеостому.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
но всё-таки, вот важный такой момент, когда мы говорим о недостаточности, то ведь очень важно какая степень недостаточности? И вот всё ж таки у этих 13 больных, что это? 1 степень, 2, 3, или опять же, имелись ли какие-то нарушения функции держания до операции? Потому что у нас принято ведь делать перед операцией изучение функции держания с помощью манометрии. И были ли в таком случае пациенты, у которых на фоне проводимой в послеоперационном периоде терапии (она у нас разработана), направленной на нивелирование в проявлении недержания, имелись успехи в послеоперационном периоде?

Ответ: сразу отвечу по поводу частоты развития разных степеней недостаточности анального сфинктера. Недостаточность анального сфинктера 3 степени была зарегистрирована только у одного пациента. Это как раз тот больной, который отказался от закрытия илеостомы, но при этом сохранил резервуар. Диагностика запирающего аппарата прямой кишки выполнялась пациентам как перед формированием тонкокишечного резервуара, так уже и после, непосредственно перед закрытием илеостомы. И, соответственно, у нас имелись разные данные в зависимости от того, на каком этапе мы проводили исследование. Зачастую, мы отмечали снижение инструментальных характеристик, то есть инструментальную недостаточность анального сфинктера, и в большей степени это было связано не только с истинной недостаточностью клинической, когда пациент не мог удерживать кишечное содержимое, а с тем, что пациент длительное время находился с отключённым резервуаром, не имел возможности анальной дефекации. Скажем так, эти цифры были получены несколько искусственно. Большинство пациентов, у которых была диагностирована недостаточность анального сфинктера перед закрытием илеостомы, мы рекомендовали проведение БОС-терапии. При этом, как мы видим на представленном слайде (слайд №32) у 2 больных удалось достичь хорошего клинического эффекта, и явления недостаточности были полностью нивелированы. Однако, у большей группы больных в той или иной степени явления недостаточности сохранялись, но после проведения БОС-терапии клинические проявления недостаточности были несколько меньше.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
Хорошо, спасибо! Пожалуйста, еще вопросы.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: можно мне пару вопросов. Во-первых, скажите, пожалуйста, вот вы говорите, что этиология развития свищей и несостоятельности из тела резервуара и из резервуаро-ректального анастомоза различается. Можете пояснить чем?

Ответ: Да, конечно. Это связано с анатомическими особенностями, потому что зона циркулярного резервуаро-анального, либо резервуаро-ректального анастомоза имеет свои механические воздействия, то есть это и воздействие натяжения, это воздействие кишечного содержимого. При оценке же факторов риска развития свищей из культи резервуара (потому что из тела резервуара все свищи были сосредоточены только в культе), а это самая дистальная часть подвздошной кишки, из которой формируется резервуарная конструкция, понятное дело, что в данной ситуации на эту зону уже не влияют ни натяжение, ни кишечное содержимое. Однако, учитывая анатомические особенности резервуарной конструкции, это может быть связано с нарушением трофики и перфузии, особенно, когда мы, допустим, используем методики дополнительной мобилизации резервуарной конструкции. Поэтому этиология связана исключительно с механическим и анатомическими особенностями.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: хорошо, потому что вы их (формирование свищей и несостоятельность швов) потом объединили, как предиктор развития неэффективности резервуара. И второй вопрос тоже, исходя из этого. Вы выделили наличие свищей и несостоятельность швов анастомоза, как различные предикторы неэффективности резервуара. А не является ли развитие свищей следствием развития несостоятельности швов? Нет ли тут причинно-следственной связи?

Ответ: давайте вначале градируем эти осложнения. Несостоятельность анастомоза - это раннее послеоперационное осложнение, а наличие свищей - это позднее послеоперационное осложнение. У тех пациентов, у которых в раннем периоде была диагностирована несостоятельность швов анастомоза, либо же тела резервуара, после обследования и лечения практически у большинства из них признаки несостоятельности удалось консервативно вылечить. То есть у большинства пациентов не реализовалось развитие свища из ранее выявленной несостоятельности. Формирование свищей было диагностировано в отсроченном периоде у тех пациентов, у которых в раннем послеоперационном периоде не было изначально выявлено несостоятельности.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: не заставляло ли вас это изменить диагноз?

Ответ: мы проводили гистологическое исследование всем пациентам, у которых мы либо удаляли оставшуюся часть прямой кишки, либо удаляли резервуар. И ни у одного из этих больных не было диагностировано признаков трансформации заболевания в болезнь Крона. Поэтому мы также продолжали трактовать их как язвенный колит, просто с развитием хирургических осложнений.



Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суворегин: просто у вас предиктором развития свища из области анастомоза являются перианальные проявления, которые могут заставить сомневаться в диагнозе язвенный колит.

Ответ: возможно, не совсем корректно была сформирована объединённая группа этих проявлений. К перианальным проявлениям относились не только свищи, трещины и проктиты. Это были также последствия ранее выполненных операций, в том числе и геморроидэктомия, вскрытие банальных парапроктитов, не имеющих какую-то специфическую природу. Поэтому, чтобы было более удобно формировать эту группу и анализировать ее, все больные с проявлениями заболеваний перианальной области были объединены в эту группу.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суворегин: и у меня финальный вопрос. Исходя из вашего исследования, можно ли сейчас сформулировать пациента, которому стоит отказаться от формирования резервуара?

Ответ: очень интересный вопрос на самом деле, на который, наверное, нельзя дать стопроцентный ответ. Мы можем выделить сразу группу больных, которым можно формировать - это высокомотивированные пациенты, настроенные на формирование резервуара, которые будут осознавать, что это не та операция, которая вернет то качество жизни, которое было до заболевания, что у них возможно развитие осложнений в послеоперационном периоде, с которыми придётся сталкиваться и бороться. А по результатам данного исследования так называемая категория идеального пациента - это пациент без выраженных воспалительных проявлений в области прямой кишки, без выраженных лабораторных и метаболических нарушений на момент формирования резервуара, пациент без ожирения и без недостаточности анального сфинктера на дооперационном этапе. Но опять же таки это сугубо интуитивные пока показания, на основании этой работы мы не смогли сформировать критерии идеального пациента. Я думаю, это как раз будет зерном для проведения последующих исследований.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: пожалуйста, Евгений Геннадьевич.

Рыбаков Е.Г., д.м.н.: мой вопрос, он перекликается с вот этой дискуссией. Вы говорите о натяжении низводимой кишки резервуара. Какими критериями вы пользовались для того, чтобы понять, что есть натяжение? И второе, в моём понимании, если есть натяжение, надо что-то предпринимать или отказываться от анастомоза, это противопоказание для формирования. Как вы это можете прокомментировать?

Ответ: отвечая на первый вопрос, Евгений Геннадьевич, какими методами мы выявляли степень натяжения анастомоза. Учитывая ретроспективный характер исследования,

анализируя протоколы операции, в записи должна была быть либо фраза, что при формировании анастомоза было натяжение, либо были дополнительно описаны методики для мобилизации резервуарной конструкции и удлинения брыжейки, такие как рассечение брюшины брыжейки тонкой кишки, либо же пересечение терминальных сосудистых аркад, питающих тело резервуара. В данных ситуациях мы трактовали данное состояние как натяжение резервуарной конструкции. Отвечая на второй вопрос, он несколько провокационный, но резервуарная хирургия несколько отличается от толстокишечной колоректальной хирургии и имеет некоторые анатомические особенности. В 100% случаев при формировании тонкокишечного резервуара мы заканчивали операцию формированием отключающей двуствольной илеостомы, тем самым исключая возможность попадания кишечного содержимого в резервуар, и развития выраженных гнойно-септических проявлений. Также, учитывая результат нашего исследования, ни у одного из пациентов, у которых развилась несостоятельность циркулярного резервуарного анастомоза, в итоге не последовало удаления резервуара, и, соответственно, мы эффективно консервативно справлялись с их ликвидацией. Поэтому, учитывая наши результаты, данное состояние (натяжение) в некоторой степени позволительно при формировании данного анастомоза. Хотя, безусловно, если мы экстраполируем, ваш вопрос на колоректальную хирургию, безусловно, это делать нельзя.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
я уже должен тут короткий такой комментарий дать. Конечно, тут несколько условно ваше определение натяжения. Потому что одно дело, когда это написано в протоколе, или действительно есть ещё какие-то, ну так скажем, чисто субъективные факторы, и это ваша оценка протокола оперативного вмешательства. Поэтому, не совсем может быть идеально выбран, так скажем, термин для того, что возникли сложности, и они преодолены дополнительным пересечением, мобилизацией... Но это происходит в течение нашей жизни нон-стоп не только при резервуаре. То, что вы эти факторы проанализировали, это очень хорошо, но вот этот термин может быть не совсем, так скажем, уместен и вызывает вот такого рода вопрос. Да-да, пожалуйста, еще вопросы.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
у меня такой вопрос. Вот, что касается тонкокишечной непроходимости, чаще всего какие причины были? Это была спаечная непроходимость? Это было связано с теми или иными осложнениями со стороны резервуара, положим, сужением анастомоза? Или еще какие-то причины? Пожалуйста.

Ответ: из 16 случаев развившейся тонкокишечной непроходимости в 15 случаях причина была в развитии спаечного процесса в брюшной полости и в малом тазу. В одном случае -

сужение в области резервуарного анастомоза, потребовавшее как раз его иссечения и формирования резервуаростомы. При этом хочется отметить, что практически все пациенты, у которых развилась кишечная непроходимость экстренно были госпитализированы в скорпомощные клиники. Эти пациенты не у нас в основном проходили лечение, и мы уже отсрочено узнавали о том, что у них развилось осложнение, и какой методикой оно было ликвидировано.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: Понятно. Есть ли еще вопросы, или мы на этом завершаем? Все получили представление, да? Хорошо спасибо! И сейчас мы хотим попросить Сергея Ивановича дать характеристику.

Ачкасов С.И., чл.-корр. РАН, д.м.н., профессор: Глубокоуважаемые члены президиума, как вы уже слышали из библиографической справки, Куликов Артур Эдуардович с золотой медалью закончил школу, успешно поступил в мединститут, его закончил. Потом остался работать в областной больнице Брянска в отделение торакальной хирургии. Работал торакальным хирургом, потом его жизнь резко изменилась. Для меня это знаково. Если человек в возрасте осознанно круто меняет свою специальность торакальной хирургии на колопроктологию, значит он это делает, продумав свои дальнейшие шаги. Он поступает к нам в ординатуру, поэтому для меня не было удивительным, что после окончания ординатуры он изъявил желание учиться в аспирантуре. И действительно, получил, как мне кажется, очень интересную тему, очень нужную. И её начал осваивать и развивать. К сожалению, по окончании аспирантуры случился COVID, Артур Эдуардович ушёл от нас в другое лечебное учреждение, был вовлечён в ковидную историю, и это очень сильно затруднило последующую защиту. Я лишь могу ему высказать один упрек, что, если бы он был чуть более организованным, он бы совершенно спокойно сделал эту диссертационную работу в рамках аспирантуры. Это вот единственная моя негативная характеристика диссертанта. Обычно у нас принято всегда хвалить диссертантов, и я действительно его хвалю! Но я это ему говорю только потому, что у него очень большой потенциал, и я уверен, что, если он захочет, он совершенно спокойно может дальше в этом направлении развиваться и продолжать научную деятельность. Он хорошо влился в коллектив, за эти 5 лет работы, которые у нас был, у него сложились хорошие отношения с сотрудниками и с пациентами, что для меня тоже очень важно. Поэтому я даю положительную характеристику Артура Эдуардовичу.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин: ещё одним таким похвальным фактором, что он всё-таки ушёл не из проктологии в торакальную хирургию, а из торакальной хирургии в проктологию. Ну что, это здорово.

Хорошо, теперь я хотел бы попросить вновь учёного секретаря рассказать, что у нас поступили за документы, отзывы и так далее на работу.

Ученый секретарь Диссертационного Совета, к.м.н. Е.С. Суровегин: Уважаемые коллеги, при проверке диссертации в системе антиплагиат оригинальность текста составила 83,7%. Апробация диссертации прошла на совместной научно-практической конференции с участием сотрудников отдела онкологии и хирургии ободочной кишки и отдела онкопроктологии «Национального медицинского исследовательского центра колопроктологии имени А.Н.Рыжих» Минздрава России 11 мая 2022 года (протокол № 5). На заседании диссертационного совета от 21 октября 2022 года (протокол № 10) избрана комиссия для проверки диссертации в составе Костарева Ивана Васильевича, Веселова Виктора Владимировича и Кашникова Владимира Николаевича. Диссертация была принята к защите на заседании диссертационного совета 21 декабря 2022 года (протокол № 12). В целом она получила положительную оценку.

По теме диссертации в центральной научной печати опубликовано 5 научных работ, в которых отражены основные положения выполненной работы.

Получены следующие отзывы официальных оппонентов: доктора медицинских наук, профессора Гуляева Андрея Андреевича, главного научного сотрудника отделения неотложной хирургии, эндоскопии и интенсивной терапии Государственного бюджетного учреждения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского» Департамента здравоохранения города Москвы, и доктора медицинских наук Костенко Николая Владимировича, заведующего кафедры хирургических болезней последипломного образования с курсом колопроктологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Астраханский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Они будут озвучены несколько позже.

Также поступил отзыв ведущей организации - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский клинический научно-практический центр имени А.С. Логинова Департамента здравоохранения города Москвы», составленный доктором медицинских наук Климашевичем Александром Владимировичем. Он положительный и критических замечаний не содержит.

Поступил один отзыв на автореферат из Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 24 Департамента здравоохранения города Москвы», подписанный заведующим отделением колопроктологии № 3, кандидатом медицинских наук Корневым Леонидом Владимировичем. Он положительный.

Других отзывов в диссертационный совет не поступало.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Есть ли какие-то вопросы к Евгению Сергеевичу по поступившему документам? Если нет, то я попрошу официальных оппонентов. Пожалуйста, профессор Гуляев Андрей Андреевич (отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Спасибо, Андрей Андреевич! Пожалуйста, Артур Эдуардович.

Куликов А.Э.: Андрей Андреевич, я благодарю вас за столь тщательный глубокий анализ проделанной нами работы. Работа, как вы уже сказали, действительно была достаточно объёмная и по своей сути и по содержанию и по финальному напечатанному объёму. Вы достаточно оперативно и при этом тщательно смогли проанализировать все главы выполненного исследования в рамках диссертационной работы. Поэтому ещё раз огромное вам спасибо за проделанный труд.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Спасибо. Пожалуйста, Николай Владимирович Костенко, я попрошу выступить второго официального оппонента (отзыв прилагается). Отзыв положительный. Принципиальных замечаний по диссертации нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Спасибо, Николай Владимирович! Пожалуйста, Артур Эдуардович.

Куликов А.Э.: Уважаемый Николай Владимирович, очень вам признателен за столь глубокий подробный, даже в некоторой степени щепетильный анализ проделанной нами работы. Мне особенно приятно получить положительный отзыв от вас ввиду того, что в своё время вы стояли у истоков, в принципе, появления темы резервуарной хирургии. Вы не понаслышке знаете многие краеугольные и подводные камни в этой теме, прекрасно понимаете возможные риски при выполнении резервуарной хирургии, и достаточно критично относитесь к предоставленным результатам, к предоставленной информации. Поэтому именно от вас положительный отзыв, скажем так, очень дорого стоит. И отдельно хотел бы поблагодарить за то, что вы проделали такой большой путь, чтобы приехать из Астрахани сюда к защите! Ещё раз большое спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Спасибо! Кто бы хотел выступить в качестве неофициального оппонента? Олег Иванович, пожалуйста.

Сушков О.И., д.м.н.: Глубокоуважаемый Юрий Анатольевич, члены диссертационного совета, коллеги несмотря на то, что 2 отзыва официальных оппонентов были положительными, я посчитал необходимым высказаться. И вот по какой причине, сейчас

попытаюсь объяснить. Дело в том, что большая часть этих пациентов, результаты лечения которых представлены в данной работе, прошли через наше отделение. И всё это действительно происходило на глазах. Надо сказать, что первоначальное впечатление о том, что всё гениально, мы сейчас сформируем резервуар, у пациента восстановится анальная дефекация, и всё будет хорошо, оно немножечко трансформировалось с течением времени по той причине, что стали появляться осложнения. Нужно было что-то предпринимать, что-то делать. Изначально это было такое, в чём-то поисковое лечение. То есть мы лечили, как считали необходимым, осложнения повторялись, мы их ликвидировали. И вот такая эволюция взглядов там происходила на протяжении всего времени до того момента, пока не возникла мысль проанализировать наши результаты и узнать, так насколько же действительно хорошо и правильно формировать резервуары, всем ли это нужно делать или есть какие-то ограничения у этого метода. И вот надо сказать, что работа, которая проделана, не побоюсь этого слова титаническая, по той причине, что большое число пациентов, и с ними нужно было каким-то образом проконтактировать, их посмотреть, обследовать. И вот Артур Эдуардович за то время, пока он был в аспирантуре, сумел всё-таки это сделать, и те пациенты, которые выявлены в этом исследовании с осложнениями, прошли такой непростой, достаточно путь. Кому-то удалось помочь, кому-то не вполне. Однако, что для нас было откровением? Это прежде всего те цифры, которые мы получили относительно частоты осложнений, относительно неэффективности резервуара, который является в чём-то суррогатным понятием, потому что даже в этой работе было введено такое понятие первичная и вторичная неэффективность. Под первичной понимается то, что у пациента нет возможности закрытия илеостомы и восстановления дефекации в течение 12 месяцев, а вторичная - это когда мы, можно сказать, посчитали или пациент посчитал, что дальнейшее лечение бесперспективно. И вот эта эволюция взглядов она привела к тому, что мы, наверное, стали понимать, кому есть смысл формировать резервуар, а у кого стоит, по крайней мере, воздержаться. Но дело в том, что принятие решения о формировании резервуара окончательно, если мы предлагаем, принимает пациент. И лично для меня, проведенная работа, ее результаты привели к эволюции моих взглядов, тому, что я стал разговаривать с больными по-другому. И вот эта беседа, наверное, самая длинная, если говорить по нозологиям, у пациента с язвенным колитом, чем при злокачественных новообразованиях. Потому что уложив в голове у себя ситуацию, я вынужден в каждой конкретной ситуации донести её до пациента, по крайней мере, его информировать о том, что может быть не всё так гладко, и, может быть, вам не стоит формировать резервуар и восстанавливать анальную дефекацию. Потому что это приведет к многоэтапному лечению, к возникновению осложнений, к ухудшению качества

жизни. Поэтому я считаю, что основной плюс этой работы - это эволюция наших взглядов, прежде всего, и формирование собственного подхода в данной ситуации. По этой причине мне кажется, что диссертация состоялась и соответствует всем тем критериям, которым должна соответствовать рекомендациям ВАК, и Артур Эдуардович достоин звания кандидата медицинских наук. Спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Может быть не совсем корректно задавать вопросы неофициальному оппоненту, но вот я всё же таки с вашего позволения, задам этот вопрос. Олег Иванович, поскольку вы возглавляете отдел, который занимается этой проблемой во многом. Вот, положим, произошла трансформация взглядов. Но это каким-то образом повлияло на частоту формирования? Вам как часто удаётся отговорить больного от формирования резервуара в том случае, если вы видите, что высокие риски развития различных осложнений? То есть ваши знания, аргументы, которые получили, те результаты, которые в ваших руках, они сейчас каким-то образом влияют на желание пациента, у которого не совсем так скажем, прогноз будет великолепный?

Сушков О.И., д.м.н.: Юрий Анатольевич, я вижу свою задачу, как хирурга оперирующего, не отговорить пациента, а правильно его информировать. Потому что, если мы говорим, что у каждого пятого пациента возможно развитие неэффективности резервуара, резервуарит возникнет у половины пациентов, однако, мы можем это преодолеть, а какие-то осложнения, которые могут развиваться, приведут к тому, что у пациента никогда не будет закрыта илеостома или он будет подвергнут многоэтапному лечению, поэтому, если я его правильно информирую, я могу получить наиболее адекватную реакцию. Потом у пациента не будет вопросов ко мне в первую очередь, почему же об этом не рассказали. И еще такой момент важный достаточно, что вот эту беседу приходится проводить с пациентом иногда на самом первом этапе, когда у пациента предстоит ещё только колэктомия, речи о резервуаре ещё не идёт. В этот момент уже нужно разговаривать о том, что в дальнейшем возможно восстановительное лечение, оно будет в таком-то объёме. А может быть он скажет: «вы знаете, мне достаточно будет одной операции сделать – колпроктэктомии».

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Правду не узнаешь. Хорошо, ладно, спасибо. Кто бы ещё хотел выступить? (Никто). Хорошо, тогда мы предоставим возможность Артуру Эдуардовичу сказать заключительное слово. Пожалуйста.

Куликов А.Э.: хотел бы выразить глубокую благодарность научному руководителю НМИЦ колопроктологии им. А.Н. Рыжих, профессору, академику РАН Юрию Анатольевичу Шельгину за возможность проведения данной работы. Хотел бы выразить слова искренней

благодарности своему научному руководителю, профессору, чл.-корр. РАН Сергею Ивановичу Ачкасову за то, что в своё время поверили в меня, дали шанс, постоянно создавали вектор научной деятельности, - это очень важно. Руководителю отдела онкологии и хирургии ободочной кишки, доктору медицинских наук Олегу Ивановичу Сушкову за постоянную помощь на всех этапах проведения этого исследования. Спасибо вам огромное за то, что мы прошли этот путь вместе. Хотел бы также отдельно поблагодарить всех сотрудников НМИЦ колопроктологии имени им. А.Н. Рьжих, которые на любых этапах проведения исследования оказывали помощь и, безусловно, сотрудников отделения онкологии и хирургии ободочной кишки, за то, что постоянно поддерживали. Причём сотрудников не только действующих, но и бывших. Поэтому огромное вам всем спасибо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Нам необходимо избрать счетную комиссию и предлагается такой состав: Владимир Николаевич Капников, Дмитрий Вячеславович Вышегородцев и Станислав Викторович Чернышов. Кто за такой состав комиссии, прошу проголосовать? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно. Пожалуйста, я прошу комиссию приступить к работе.

*/перерыв для тайного голосования/*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:

Можем ли мы сэкономить немножечко времени, если члены учёного совета не возражают, и зачитать возможный проект заключения? Не возражаете? (Нет). Тогда я прочту заключительную часть проекта по кандидатской диссертации Куликова Артура Эдуардовича «Осложнения тазовых тонкокишечных резервуаров у больных язвенным колитом». Представленная к защите диссертация, посвящена одной из актуальных проблем колопроктологии и хирургии, является самостоятельным, законченным трудом и заслуживает положительной оценки. Проведенное диссертантом исследование содержит решение важной научной задачи, - улучшение результатов хирургического лечения больных, оперированных по поводу ядерного колита с формированием тазового тонкокишечного резервуара.

Диссертационным советом сделан вывод о том, что диссертация представляет собой научно-квалификационную работу, полностью соответствующую требованиям, предъявляемым к диссертациям на соискание ученой степени кандидата наук, согласно п.9 Положения о присуждении ученых степеней, утверждённого Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.09.2013 года № 842 (с последующими редакциями), а сам автор Куликов Артур Эдуардович достоин присуждения искомой ученой степени кандидата медицинских наук по специальности «Хирургия» - 3.1.9.



Я тогда прошу проголосовать за данную редакцию, если нет дополнений. Кто за? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно. Хорошо.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
Станислав Викторович рано защитил докторскую, а теперь его более старшие и опытные члены комиссии избрали в качестве председателя счетной комиссии. Поздравляем, Станислав Викторович! Пожалуйста, огласите результаты работы.

Чернышов С.В., д.м.н.: протокол № 1 заседания счетной комиссии, избранной диссертационным советом 21.1.030.01 от 2 марта 2023 года. Комиссия в составе Чернышов, Вышегородцев, Кашников раздали бюллетени.

Присутствовали на заседании 17 членов диссертационного совета, из них докторов наук - 16 по профилю рассматриваемой диссертации. Роздано бюллетеней – 17, осталось не розданных – 2. В урне оказалось – 17: проголосовали «за» – 17, «против» – нет, недействительных бюллетеней - нет.

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
Я прошу открытым голосованием членов ученого совета проголосовать, кто за то, чтобы утвердить результаты работы счетной комиссии? Кто воздержался? (Нет). Против? (Нет). Единогласно.

*/члены Диссертационного Совета единогласно утверждают протокол счетной комиссии/*

Председатель Диссертационного Совета, академик РАН, д.м.н., профессор Ю.А. Шельгин:  
ну что же, мы поздравляем соискателя, а теперь уже кандидата медицинских наук с успешной защитой и Сергея Ивановича за долготерпение. Хорошо, есть ли замечания по ведению учёного совета? Если нет, то заседание завершено. Спасибо.

Председатель диссертационного  
совета 21.1.030.01, академик РАН, доктор  
медицинских наук, профессор

Ученый секретарь диссертационного совета,  
21.1.030.01, кандидат медицинских наук



Ю.А. Шельгин

Е.С. Суровегин

02 марта 2023 г.